UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 118

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SALPINGITES

CHEZ LES VIERGES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1911

PAR

Charles FRUCTUS

Né à Avignon (Vaucluse), le 11 Mars 1886

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (Concours 1909)

EX-RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT
A LA MATERNITÉ DU GARD

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, Profes., *Président.*
TÉDENAT, Professeur.
RICHE Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SALPINGITES

CHEZ LES VIERGES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 118

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SALPINGITES

CHEZ LES VIERGES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1911

PAR

Charles FRUCTUS

Né à Avignon (Vaucluse), le 11 Mars 1886

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (Concours 1909)

EX-RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT
A LA MATERNITÉ DU GARD

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, Profes., *Président.*
T. DENAT, Professeur.
RICHE Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. lib. (ch. de c.)
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. DE ROUVILLE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
TEDENAT, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dois tout. Qu'ils soient assurés de la profonde reconnaissance de leurs fils bien aimé.

CH. FRUCTUS.

MEIS ET AMICIS

CH. FRUCTUS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

CH. FRUCTUS.

A Monsieur le Professeur TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Professeur Agrégé RICHE

A Monsieur le Professeur Agrégé EUZIÈRE

MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

CH. FRUCTUS.

C'est avec une double tristesse que nous disons adieu à notre vie d'étudiant, car nous quittons un chemin agréable pour une route inconnue. Mais nous ne nous attarderons pas à déplorer les incertitudes de l'avenir, il nous est infiniment plus doux d'évoquer les années charmantes de nos études.

Nos bons souvenirs remontent jusqu'aux derniers temps passés au Lycée, quand les professeurs, cessant de nous traiter en gamins, s'adressent plus à la jeune intelligence de leurs élèves qu'à leur mémoire. M. le professeur agrégé Sacoman a droit à toute notre reconnaissance : son bon sourire et sa philosophie si douce et si bienveillante nous ont laissé un souvenir ineffaçable.

Puis ce sont nos premières années d'étudiant à Lyon. Les maîtres de cette Faculté furent accueillants pour nous, et ce serait de l'ingratitude de notre part de ne pas rappeler les noms de MM. les professeurs Collet, Poncet, Pic et Jaboulay, dont nous avons suivi les cliniques et auxquels nous sommes redevables des premières notions de l'art médical.

Après vinrent les joyeuses mais studieuses et profitables années d'internat. D'abord à Avignon, où les docteurs Durbesson et Pamard, qui furent pour nous plus des amis que des chefs de service, nous donnèrent d'excellentes leçons cliniques, — ce qui est bien, — et l'exemple d'une admirable conduite déontologique, — ce qui est rare. Ensuite, à Nimes, où notre internat nous a procuré

le plaisir de suivre de nombreux chefs de service et d'étudier sous leur direction un nombre considérable de malades. Que MM. les docteurs Pamard et Durbesson, d'Avignon, et MM. les docteurs Olivier de Sardan, Suquet, Fabre, Bergasse, Lasalle, Nègre et Mazel, de Nimes, veuillent agréer nos plus sincères remerciements.

Quand nous avons voulu faire notre thèse, nous avons trouvé en M. le professeur Euzière une patience et une amabilité inlassables. M. le professeur de Rouville, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse, fut toujours plein de bienveillance. Ce serait pour nous une grande joie s'ils voulaient croire, ainsi que MM. les professeurs Tédenat et Riche, combien nous leur sommes reconnaissant de s'être intéressés à nous.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES SALPINGITES

CHEZ LES VIERGES

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier une nouvelle forme de salpingite chez les vierges. Cette forme avait été signalée déjà en 1910 par M. Bégouin, au Congrès de Gynécologie de Toulouse ; mais les observations étaient insuffisantes. Grâce à M. le professeur de Rouville, qui nous a communiqué l'observation qui fait le fond de ce travail, nous avons pu reprendre la question et nous croyons être maintenant en mesure de présenter à notre jury une forme de salpingite chez les vierges que nous définirons ainsi :

Salpingite chez les vierges affectant le plus souvent la forme clinique du pyosalpinx, due à un microbe banal d'origine externe.

Avant de démontrer ce que nous venons d'annoncer, nous donnerons, dans un premier chapitre, un aperçu d'ensemble des salpingites chez les vierges. On sait depuis longtemps qu'il existe de telles salpingites, mais

personne n'a encore fait un travail général à leur sujet. C'est pourquoi nous les étudierons rapidement, afin de montrer quelle est la place occupée par la forme que nous décrivons dans le cadre nosologique des salpingites chez les vierges.

Ensuite, nous publierons les observations de M. Bégouin, et nous les étudierons ; enfin, celle de M. le professeur de Rouville, complétée par les études expérimentales de MM. les docteurs Bosc et Euzière.

Après, nous nous essayerons à définir l'allure de cette nouvelle forme de salpingite et à la distinguer, soit des autres salpingites, soit des autres inflammations et tumeurs du bassin chez les vierges. Voilà ce que nous nous proposons. Ce sera pour nous un travail assez difficile, fort probablement même au-dessus de nos forces, étant donné le peu de faits dont nous disposons. Mais notre effort — louable en lui-même — nous fera pardonner nos défauts : nous manquerons peut-être le but, mais nous aurons essayé d'en indiquer le chemin.

CHAPITRE PREMIER

DES SALPINGITES CHEZ LES VIERGES

Pendant longtemps on a cru que les trompes des femmes vierges étaient exemptes de toute manifestation microbienne. Mais la pathologie générale et les faits démontrèrent que les trompes pas plus que les autres organes du corps humain ne sont à l'abri de l'atteinte des microbes pathogènes.

Pourquoi, en effet, les trompes occuperaient-elles dans l'organisme une situation privilégiée ? Dans tous les organes (rein, testicule, cœur, foie, poumons, vaisseaux, etc., etc.), nous constatons des infections, des localisations, des métastases soit cancéreuses, soit microbiennes, soit parasitaires ; pourquoi n'en aurions-nous pas aussi dans les trompes ?

Ces infections se font dans les différents organes par des voies diverses, qui peuvent se retrouver toutes pour un seul organe. Les agents animés pathogènes arrivent, soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique, soit encore par continuité ou par contiguité de tissus. D'autres fois, l'organe est ouvert dans le milieu extérieur et des microbes ou des parasites pourront remonter jusqu'à lui, ou encore il est en communication avec le milieu intérieur : si ce dernier s'infecte, il n'y aura rien de surprenant à ce que l'infection gagne l'organe

en relation avec le milieu infecté. Tels sont les modes d'infection les plus fréquents.

Or, nous les voyons réunis tous dans les trompes des vierges. Certaines voies sont plus fréquemment suivies que d'autres, mais on ne peut nier que toutes peuvent être suivies. Nous allons étudier les principales.

Les différentes voies d'infection par lesquelles les microbes arrivent jusqu'aux trompes d'une vierge, peuvent — si l'on n'envisage que les plus fréquemment suivies — se ramener aux deux suivantes :

1° La voie sanguine ;
2° La voie par propagation de proche en proche.

1° Salpingites d'origine sanguine

Les plus fréquentes des salpingites d'origine sanguine chez les vierges sont les salpingites tuberculeuses.

Brouardel les signale dans sa thèse (Paris, 1865) : « De la tuberculose des organes génitaux de la femme ». Depuis, les études se sont multipliées. Conheim et Verneuil démontrèrent que dans certains cas la porte d'entrée des bacilles de Koch (1) pouvait être la voie extérieure (vulve, vagin, utérus). Mais Pozzi fait remarquer, dans son Traité de Gynécologie (tome II, page 804), que les tuberculoses des annexes chez les vierges échappent à cette explication. Pour Pozzi, il est probable que chez les vierges le bacille introduit dans la circulation par la voie

(1) Verchère. Thèse de Paris, 1884.
Derville. Thèse de Paris, 1887.

pulmonaire ou digestive, s'est fixé ensuite sur les trompes.

Riedel (1) signale des salpingites chez les vierges et il leur attribue une origine externe. Nous ne croyons pas pouvoir nous ranger à son avis : 1° parce que dans les deux cas où l'examen fut fait, il trouva du streptocoque ; or, Reymond (2) pense que la voie que suit de préférence le streptocoque est la voie sanguine ; 2° parce que, dans les deux cas signalés, il s'agit de fillettes au-dessous de neuf ans, non réglées, et que, ainsi que nous essayerons de le démontrer plus loin, l'infection d'origine externe est fort improbable chez les filles impubères. C'est pour cela que nous rangeons les cas de Riedel dans la classe des salpingites d'origine sanguine. Il en est de même pour les deux cas de salpingites chez des vierges, cités l'un par Kaltenbach (3), l'autre par Zweifel (4).

Les salpingites chez les vierges qui succèdent à une maladie générale, telle que rougeole, scarlatine, variole, etc., (5), sont aussi d'origine sanguine.

2° Salpingites par propagation de proche en proche

Nous les diviserons en deux catégories :

A. *Salpingites par propagation de proche en proche d'origine interne.* — Elles sont dues au colibacille le plus

---

(1) Riedel, *In* Archiv. f. clin. chirurg.

(2) Reymond, *In* Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites.

(3) Kaltenbach et Eberth, *In* Zeitschr. f. Geburt. und. Gyn. 1889. Bd. 16 p. 375.

(4) Zweifel, *In* Arch. für. Gyn. 1891, Bd XXXIX, Heft 3, p. 373.

(5) Dentu et Delbet, Salpingo-ovarites.

souvent ; elles ont une origine appendiculaire. Elles furent signalées pour la première fois par Pozzi, en 1890. Treube et Fristh, en 1892, admettaient l'origine appendiculaire de certaines ovaro-salpingites et paramétrites. Barnsby, Sonneburg, Kruger, Bouilly en ont publié un certain nombre de cas.

L'appendice enflammé adhère à la trompe, et soit au travers des adhérences, soit parce que l'orifice interne de la trompe plonge dans le pus, les microbes atteignent cette dernière et y causent une salpingite (voir observation I de M. Bégouin, citée plus loin). Enfin, Kirmisson et Jacob ont établi la pathogénie de cette infection tubaire chez les vierges, et cette catégorie de salpingites est maintenant nettement constituée.

B. *Salpingites par propagation de proche en proche d'origine externe.* — Les plus connues sont les salpingites dues au gonocoque. Les microbes qui pullulaient à la vulve, puis dans le vagin, remontent peu à peu le long des voies génitales, suivant leur lumière (Reymond) (1). Ils arrivent dans les trompes, où ils déterminent une inflammation qui peut dépasser les trompes et atteindre le péritoine.

Sanger, Northrup, Welander, Comby et Gadaud, Dubreuilh, Marfan, Variot ont signalé des salpingites et des péritonites blennorragiques chez les vierges.

C'est dans cette catégorie que se classent les salpingites que nous allons étudier d'une façon plus approfondie dans les pages suivantes.

---

(1) Reymond, *loco citato*.

CHAPITRE II

CAS NOUVEAUX DE SALPINGITE D'ORIGINE EXTERNE

La voie par propagation de proche en proche à début externe était suivie par le seul gonocoque, du moins le croyait-on jusqu'ici.

Riedel, le premier, pensa que le streptocoque pouvait suivre cette voie ; c'est possible, mais il ne donne aucune preuve à ce sujet ; sur plusieurs cas qu'il cite, dans deux seulement on fit l'examen bactériologique. D'autre part, M. Reymond, dans sa thèse inaugurale, pense que les salpingites à streptocoque reçoivent l'agent pathogène par la voie sanguine.

Ensuite, M. Bégouin publia à ce sujet, au Congrès de Gynécologie de Toulouse, en octobre dernier, trois observations que nous allons reproduire et étudier de notre mieux.

Communication de M. le Docteur Bégouin

Chez la femme, le pyosalpinx fermé et bilatéral est banal ; les accouchements, les avortements, la gonococcie et assez souvent aussi la tuberculose en sont les causes vulgaires.

Chez la vierge, les plus habituelles de ces causes ne se rencontrent plus, et lorsque les antécédents et l'état général ne permettent pas de soupçonner la tuberculose, en face d'une masse inflammatoire pelvienne, l'on ne pense pas

à une annexite suppurée, mais à une appendicite, à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ou à quelque autre cause analogue.

Cependant, le pyosalpinx non tuberculeux peut exister chez les vierges.

D'abord, à la suite d'appendicite. Il est classique que dans certains cas, l'inflammation se propage de l'appendice à la trompe, et il n'y a pas d'exception pour les vierges. Le plus souvent, l'annexite n'est pas suppurée (thèse de Lewenhardt, Paris, 1903-1904). Mais le fait peut se rencontrer, et j'ai eu moi-même l'occasion d'en observer un cas.

Observation première

Une jeune fille de quinze ans et demi, le 10 août 1903, pour attaque d'appendicite aiguë, entre à l'Hôpital St-André. Traitement médical sans résultat.

Intervention le 20 août.

L'appendice, purulent, était au contact de la trompe droite ; celle-ci avait augmenté de volume et par le pavillon la pression laissait sourdre du pus. L'appendice et la trompe furent enlevés en même temps.

L'examen histologique des deux pièces fut fait par le professeur agrégé Verger ; il s'agissait d'inflammation banale, sans tuberculose. La malade guérit simplement.

Cette observation est celle d'une salpingite unilatérale suppurée, plutôt que celle d'un véritable pyosalpinx.

Mais ces salpingites suppurées d'origine appendiculaires sont unilatérales et la trompe ne forme pas une poche purulente fermée ; ce ne sont pas de vrais pyosalpinx.

J'ai eu deux fois l'occasion de rencontrer chez les vierges des pyosalpinx véritables, fermés et bilatéraux, non

tuberculeux et tout à fait analogues à ceux que l'on rencontre chez les femmes.

Observation II

Femme de 33 ans, vierge, entre le 29 juin 1909, pour appendicite à répétition, à l'Hôpital St-André.

L'intervention montre, en effet, un appendice malade, mais d'une simple appendicite folliculaire ou pariétale, sans péri-appendicite ; il n'est pas en contact avec les annexes. Celles-ci étaient cependant transformées en deux pyosalpinx, du volume d'une mandarine, et le chirurgien fut obligé de faire la castration utéro-annexielle.

La guérison se fit sans incident. La malade avait, avant sa maladie, des pertes blanches.

Le pus, examiné par le professeur agrégé Sabrazès, ne contenait pas de microbes (aérobies du moins), et la paroi des trompes ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

Bien qu'aujourd'hui, plus d'un an après l'opération, Mlle Louise M... jouisse d'une excellente santé, et que rien chez elle ne fasse soupçonner la tuberculose je n'affirmerai pas l'existence du pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges, si je ne pouvais vous rapporter que ce seul cas, des inoculations n'ayant pas été faites, ni des coupes histologiques multipliées de la paroi ; mais j'ai eu l'occasion d'en observer un autre, qui me paraît plus probant.

Observation III

Jeune fille de 16 ans, vierge, atteinte en mai 1909 d'accidents aigus fébriles, d'abord rapportés à une entérite, puis à une pelvi-péritonite.

Le palper abdominal, combiné au toucher rectal, dans le petit bassin, en arrière de l'utérus, montre une masse arrondie du volume d'un gros poing, qui est rénitente et entourée d'une couronne de péritonite adhésive.

La jeune fille étant vierge et d'une santé florissante, qui, ainsi que ses antécédents, éloignait l'idée de tuberculose, M. Bégouin fait le diagnostic, non de pyosalpinx, mais de kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu. La malade avait des pertes blanches.

Les accidents fébriles disparus, intervention. Au lieu d'un kyste de l'ovaire, on rencontre un double pyosalpinx banal, semblable à celui que l'on rencontre chez les femmes ; castration utéro-annexielle obligée, après évacuation au Dieulafoy du pus des poches salpingiennes. L'opération fut un peu laborieuse ; quelques gouttes de pus souillaient les serviettes protégeant le champ opératoire, et la jeune malade fut dans un état très grave pendant la fin du deuxième jour ; puis tout s'arrangea, et la guérison survint dans le temps accoutumé. En 1910, plus d'un an après, la santé de la jeune fille était parfaite.

Le pus fut examiné par le docteur Brandeis ; il ne contenait pas de microbes aérobies, mais des microbes anaérobies en grand nombre.

La paroi des poches purulentes, examinée en plusieurs points, ne présentait aucune lésion tuberculeuse, ni aucun bacille de Koch.

Ce fait semble probant : le pyosalpinx bilatéral peut donc exister chez les vierges en dehors de la tuberculose.

Dans les recherches que j'ai faites dans la littérature médicale, je n'ai trouvé aucun cas semblable, mais j'ai trouvé des faits de péritonites à la suite de salpingite suppurée chez des petites filles ou chez des jeunes filles plus âgées et vierges.

Riedel a, en effet, publié dans les *Arch. f. Clin. Chirurg.* qu'au cours de 49 laparotomies entreprises pour des appendicites aiguës sur des filles de moins de 10 ans, 9 fois au lieu d'une appendicite, il a trouvé une salpingite purulente comme cause de la péritonite ; dans deux cas, où le pus fut examiné, il contenait des streptocoques.

Et sur 348 laparotomies faites pour péritonites chez des femmes ou jeunes filles plus âgées, il rencontra deux fois chez des jeunes filles vierges cette même salpingite suppurée comme cause de la péritonite.

Riedel considère que chez ces 9 petites filles et chez deux jeunes filles, l'infection s'était faite par le vagin et l'utérus.

Il est bien probable que chez mes deux dernières malades, l'infection a été également ascendante : toutes les deux avaient des pertes blanches abondantes, et la seconde avait remarqué que depuis plusieurs mois ses pertes avaient pris une couleur brunâtre et une odeur souvent très forte qui la préoccupait.

Chez les malades de Riedel, l'infection avait pu arriver jusqu'au péritoine et déterminer une péritonite suraiguë qui, dans tous les cas, a été mortelle ; mais on comprend qu'une infection moins virulente puisse se localiser à la trompe et créer un pyosalpinx. La fréquence de ces pyosalpinx fermés bilatéraux non tuberculeux chez les vierges, est peut-être moins rare qu'on ne le croit généralement.

Discussion

Pozzi (Paris). — Les faits relatés par M. Bégouin sont très intéressants ; je les crois cependant très rares ; le plus grand nombre de ces salpingo-ovarites observées

chez les vierges a trait à des lésions tuberculeuses. De plus, la blennorragie, même quand l'hymen est intact, n'est pas exceptionnelle ; il faut y songer. J'ai eu cependant l'occasion d'observer un cas très nettement comparable à celui de M. Bégouin, et ai vu guérir, à la suite d'une colpotomie chez une vierge, une collection annexielle qui n'était certainement ni tuberculeuse, ni blennorragique.

Reymond (Paris). — J'ai autrefois observé un fait qui ne m'avait paru présenter aucun signe de lésion tuberculeuse, et que j'avais regardé, au moment de l'opération, comme du genre de ceux dont a parlé M. Bégouin. L'observation suivie de la malade, en me faisant constater huit mois plus tard le développement d'une péritonite tuberculeuse, m'a montré que ma première opinion était erronée. Je conclus donc que, même quand on croit pouvoir éliminer la tuberculose, il faut s'en défier.

Telle est la communication du docteur Bégouin au Congrès de Gynécologie de Toulouse. Nous avons tenu à la donner tout entière, pour bien montrer l'état de la question à ce moment-là. C'est pour la même raison que nous avons publié aussi la discussion qui a suivi la communication.

M. Begouin signale des pyosalpinx non tuberculeux, et il nous fait entrevoir la pathogénie de cette infection, qu'il attribue à une origine externe. Voilà, en quelques mots, ce que nous apporte cette communication.

Mais d'abord, nous croyons qu'il est préférable de ne pas considérer que la forme « pyosalpinx », et c'est pour cela que depuis le début de notre thèse nous employons le terme plus général de salpingite. Nous serons toujours à temps de dire que la forme « pyosal-

pinx » est la plus fréquente, la plus intéressante, et d'en donner les raisons, si nous en avons.

Ensuite, si nous examinons les trois observations de M. Bégouin, nous voyons que la première est très nettement d'origine appendiculaire. Elle est due à l'infection de la trompe, ouverte dans le milieu infecté. Le microbe a suivi la voie par propagation de proche en proche d'origine interne. Ce pyosalpinx n'a donc rien de particulier : depuis 1890, Pozzi a signalé l'origine appendiculaire de certaines ovaro-salpingites. Depuis, les faits se sont multipliés et Kirmisson et Jacob ont établi la pathogénie de cette forme d'une façon magistrale.

Dans la seconde observation, nous avons encore un appendice malade, mais sans aucune relation avec la trompe, sans réaction — apparente, du moins, — du péritoine. Le microbe a pu très bien passer sans laisser de trace appréciable ; il peut y avoir eu aussi infection sanguine. En fait, il ne paraît pas y avoir de relation entre les deux organes malades, et on peut admettre qu'il n'y en a jamais eu. Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de déclarer que cet appendice malade ne nous permet pas de regarder cette deuxième observation comme réellement probante.

La troisième observation est, au contraire, vraiment caractéristique, et en cela nous sommes d'accord avec M. Bégouin lui-même. Mais si elle est la première observation d'une nouvelle forme de salpingite chez les vierges, elle n'est malheureusement pas à l'abri de certaines objections sérieuses. C'est ainsi que le professeur Pozzi, prenant la parole au cours de la discussion, déclare qu'il faut toujours penser — même chez les vierges — à l'origine gonococcique, et que, d'autre part, M. Reymond, dont les travaux font autorité en la matière, dit qu'il fallait tou-

jours se méfier de la tuberculose, même quand elle paraissait ne pas être en cause.

Aussi, nous regrettons, avec M. Bégouin, que les expériences de laboratoire n'aient pas été poussées plus loin. Les coupes histologiques furent peu nombreuses ; les cultures ne paraissent pas avoir été étudiées bien longuement ; enfin, aucune inoculation ne fut faite aux cobayes. C'est parce que cette base expérimentale manquait à M. Bégouin qu'il n'a pu répondre à MM. Pozzi et Reymond.

En résumé, malgré les judicieuses remarques de M. Bégouin, cette nouvelle forme de salpingite chez les vierges allait être étouffée — à peine née — par les objections de toute nature dont elle était l'objet à juste titre. Il n'en sera pas ainsi, grâce à un observation nouvelle de M. le professeur de Rouville, qui s'est entouré de toutes les garanties possibles.

M. le professeur de Rouville a examiné très minutieusement sa patiente et l'observation que l'on va lire, mieux que tous les commentaires, montrera avec quelle conscience ce maître étudie les malades confiés à ses soins. Après avoir, par le raisonnement, conclu à une forme de salpingite de la même nature que celles que M. Bégouin avait signalées, M. le professeur de Rouville a tenu à s'assurer du concours d'expérimentateurs émérites, afin d'être scientifiquement sûr de ce qu'il annonçait.

M. le professeur Bosc, lui-même, se chargea de l'étude anatomo-pathologique de la pièce. C'est à son obligeance que nous devons l'examen que nous publions.

M. le professeur Euzière, à son tour, voulut bien faire les études bactériologiques que comportait un pareil cas. Rien ne fut épargné, ni les examens, ni les colorations, ni les cultures, ni les inoculations.

Ces différents travaux cliniques, anatomo-pathologiques,

bactériologiques, nous permettent de répondre victorieusement aux objections que M. Bégouin se voit faire avec raison. Cela facilite singulièrement notre tâche ; qu'il nous soit permis de remercier MM. les professeurs de Rouville, Bosc et Euzière, dont la probité scientifique nous vient si heureusement en aide.

Voici l'observation de M. le professeur de Rouville :

Observation due à l'obligeance de M. le professeur De Rouville. Pyosalpynx bilatéral. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Ablation des annexes.

F... Marie, 46 ans, entre le 3 mai 1911, salle Ambroise-Paré, numéro 3, pour douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires — Nuls

Antécédents personnels généraux. — Péritonite tuberculeuse (?) dans la première enfance, à deux ans ; rougeole à trois ans ; grippe il y a deux mois environ ?

Antécédents génitaux. — Réglée à 12 ans, régulièrement, tous les mois ; règles moyennement abondantes, durant trois à quatre jours, sans caillots ; douleurs pendant l'écoulement sanguin. Ni accouchement, ni avortement.

Début il y a quatre mois environ ; les règles, jusqu'alors régulières, deviennent irrégulières, mais leur abondance n'est pas modifiée ; elles durent trois jours, ne sont pas douloureuses, n'offrent pas de caillots.

Il y a deux mois, avant l'apparition des règles, la malade est prise de grandes douleurs lombaires et abdominales généralisées, avec prédilection dans les flancs, *surtout à gauche* ; les douleurs sont calmées par l'apparition des règles ; celles-ci présentent leurs caractères habituels.

Depuis, ces douleurs reviennent, influencées par la fatigue, par crises, sans fièvre ni vomissements. *Pas de pertes blanches,* pas d'augmentation du volume du ventre, mais un médecin, consulté, aurait constaté chez la malade une tumeur du côté droit.

Appareil digestif. — Appétit bon ; pas de constipation.

Appareil respiratoire. — Rien.

Appareil circulatoire. — Palpitation, dyspnée d'effort ; rien à l'auscultation.

Appareil urinaire. — Mictions normales, non douloureuses ; pas de petit brightisme. Urée 17 gr. par litre ; pas d'albumine.

Système nerveux. — Quelques migraines.

Examen le 7 mai 1911. — *Inspection.* — Ventre gros, ni vergetures, ni ligne brune, ni circulation collatérale.

Palpation. — Tumeur médiane, débordant à trois ou quatre travers de doigts au-dessus du pubis, empiétant sur les fosses iliaques, paraissant être, au palper, de consistance liquide ou semi-liquide, peu douloureuse.

Percussion. — Matité au niveau de la tumeur, sonorité partout ailleurs.

Toucher. — Hymen intact. Le vagin permet seulement l'introduction d'un doigt.

Col rejeté à droite, aplati transversalement, sans déchirures.

Cul-de-sac latéral gauche, occupé par une tumeur du volume d'une mandarine, peu douloureuse, de consistance résistante et semi-liquide, mobile avec l'utérus (?).

Cul-de-sac postérieur occupé par une tumeur qui paraît être en continuité avec la tumeur sentie à gauche.

Cul-de-sac latéral droit, occupé par une tumeur qui paraît être l'utérus augmenté de volume, flanqué d'une petite tumeur arrondie, régulière, de consistance semi-liquide.

Hystérométrie. — 9,5 à 10 centimètres, l'hystéromètre se dirige à droite.

Opération. — Le 13 mai 1911, sous anesthésie goutte à goutte, à l'éther (q = 150 gr.), laparotomie médiane ; graisse sous-péritonéale semi-liquide, abondante, très vasculaire. Après incision du péritoine pariétal et mise en place de l'écarteur à deux valves et de la grande valve, on arrive sur l'utérus, qui apparaît volumineux et congestionné, en antéversion ; on le saisit à l'hystérolabe ; à droite, on trouve une tumeur non incluse, du volume d'une mandarine, fluctuante, constituée par la trompe dilatée. En arrière, l'ovaire apparaît petit et scléro-kystique. A gauche, tumeur du volume d'un petit melon prolabé en arrière dans le Douglas. Pour l'amener en avant, on est obligé de déchirer de nombreuses adhérences filamenteuses. Cette tumeur est fluctuante et également constituée par la trompe.

On enlève d'abord la masse gauche, qui, plus volumineuse, gêne les manœuvres ; ligature et thermocautérisation du pédicule. Ablation de la tumeur droite, ligature et thermocautérisation. On a enlevé à part l'ovaire droit. Libération de la vessie et incision du péritoine antérieur. Section des ligaments larges sur les côtés de l'utérus. Pincement des utérines. Section transversale et haute du col, d'avant en arrière. Extraction de la masse. Thermocautérisation du moignon cervical. Ligatures des utérines, utéro-ovariennes et ligaments ronds. Surjet sur le

moignon cervical. Péritonisation de droite à gauche. Drain de sûreté dans le Douglas. Sutures à trois plans. Agrafes.

Examen des pièces. — *Tumeur gauche :*

Volume : mandarine.
Consistance : fluctuante.
Forme : arrondie.
Couleur : liquide citrin plutôt que purulent.

Tumeur droite :

Volume : melon.
Consistance : fluctuante (pyosalpinx).
Forme : arrondie.
Couleur : liquide puriforme épais.

Utérus :

Volumineux, congestionné.

Ovaire droit :

Sclérokystique.

Suites opératoires. — 15 mai 1911. — Ablation du drain. 19 mai. — Ablation des agrafes ; pas de complications. Sort guérie le 15 juin.

Examen bactériologique

Fait par M. le professeur-agrégé Euzière sur les liquides retirés par ponction des poches salpingiennes

Aspect. — Des deux liquides envoyés, l'un, celui qui provient de la trompe droite, est louche et puriforme. L'autre, extrait du côté gauche, est plus clair et semblable à de la sérosité pleurétique très légèrement lactescente.

Coloration. — Une goutte est déposée sur une lame, étalée, colorée au bleu de Unna et à la thionine.

Dans les deux liquides, on trouve les mêmes éléments figurés, mais plus nombreux dans celui de la trompe droite que dans celui de la trompe gauche. Ce sont pour la plupart des globules de pus, parmi lesquels des formes moins dégénérées se laissent reconnaître pour des polynucléaires et des lymphocytes, les premiers étant environ dix fois plus nombreux que les derniers.

Ces éléments sont, du reste, assez clairsemés, surtout dans le liquide extrait de la trompe gauche. La recherche d'éléments microbiens est négative.

Cultures. — Les deux liquides sont ensemencés largement dans du bouillon. Les deux ensemencements sont positifs. Celui fait avec celui de la trompe droite donne une culture homogène qui, examinée extemporanément et après repiquage sur gélose, se montre comme du staphylocoque.

Pour l'ensemencement fait avec le liquide de la trompe gauche, il est constitué par une série de filaments qui tombe au fond du tube, laissant le reste du bouillon parfaitement clair.

Réensemencé sur agar, ces filaments donnent en trente heures une culture abondante, qui est comme un voile de mucus développé à la surface du milieu. Cette culture est filante ; il est difficile d'en prélever une petite quantité et difficile de l'émulsionner dans une goutte d'eau pour en faire l'examen microscopique.

Vue à un faible grossissement, l'aspect général de la préparation est celui d'une culture de staphylocoque, mais vue à l'immersion, on croit que chaque élément est un diplocoque, plus gros que le gonocoque, mais ayant sa forme générale en grain de café ; c'est là, du reste, la seule ressemblance qu'il ait avec le microbe de Neisser,

en dehors des caractères des cultures, plus haut signalés, et qui suffisent à le différencier sans laisser trace au doute. Il faut ajouter que le diplocoque isolé restait coloré par le Gram, ce qui évidemment le sépare tout à fait du gonocoque.

Inoculations. — Les deux liquides sont inoculés au cobaye. Le résultat de l'inoculation ne fait que marquer le peu de virulence des deux agents.

Le pus à staphylocoques a donné une légère inflammation, qui n'auboutit pas à la suppuration. Le liquide à diplocoque ne provoqua aucune réaction.

Toutes les recherches faites éloignent de l'idée de l'infection tuberculeuse : la forme cytologique, la recherche négative par la méthode de Ziehl, les résultats de la culture et de l'inoculation.

Examen anatomo-pathologique

Dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc.

Deux trompes pleines de pus enlevées avec l'utérus chez une vierge.

Examen microscopique. — L'épithélium de la trompe est presque complètement détruit par transformation vésiculeuse et dégénérescence granulo-aqueuse des cellules.

Le tissu conjonctif sous-jacent forme des végétations volumineuses, infiltrées de cellules rondes, à gros noyaux, et de polynucléaires qui, par endroits, forment des amas très serrés dans un tissu œdématié, et dont les lymphatiques dilatés sont remplis d'amas de leucocytes polynucléaires. Ces derniers restent également en grand nombre à la surface de l'épithélium conservé et dans les

anfractuosités qui correspondent à la destruction du tissu épithélial et du tissu sous-jacent infiltré.

Conclusion. — Il s'agit d'une inflammation subaiguë d'origine microbienne.

Telle est l'observation de M. le professeur de Rouville, complétée par les examens de MM. les professeurs Bosc et Euzière.

Nous allons essayer maintenant, grâce à ces données, de décrire cette nouvelle forme de salpingite chez les vierges, et nous passerons successivement en revue son étiologie, sa symptomatologie, son anatomie pathologique, son diagnostic et son traitement.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

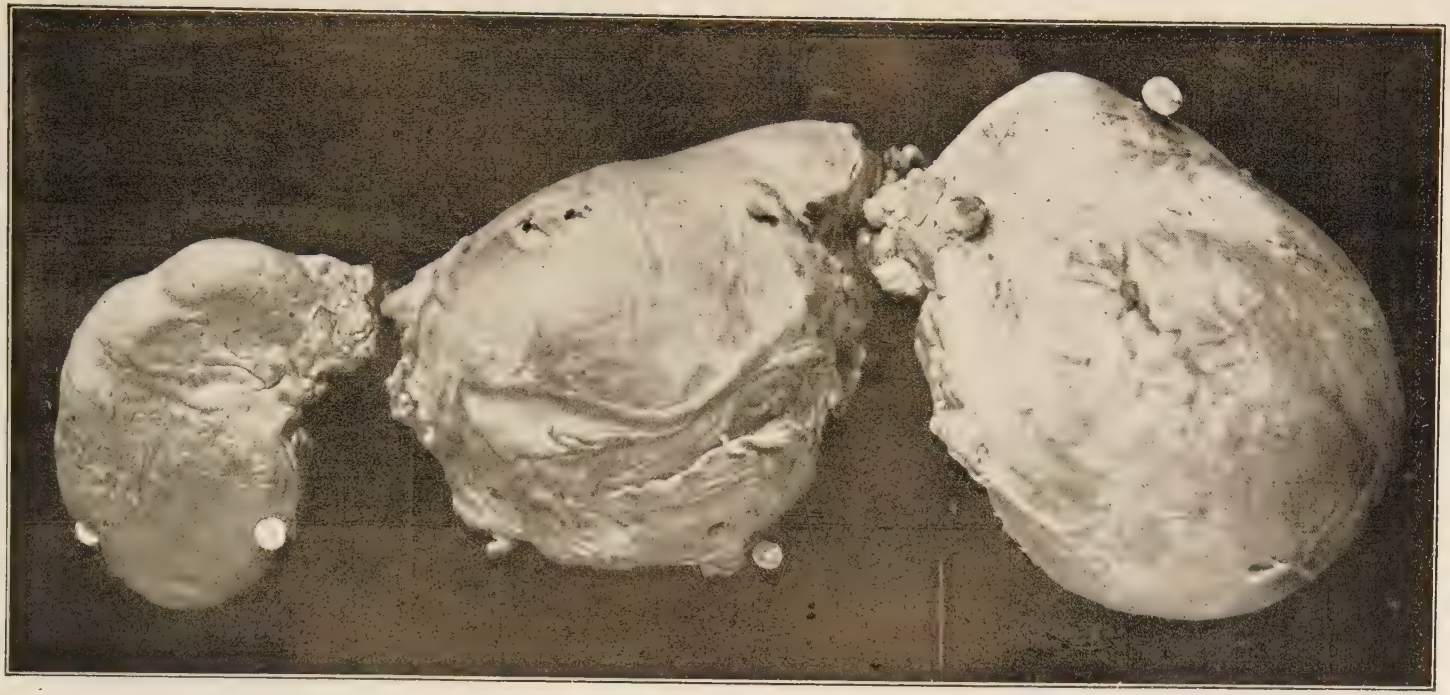
Nous pensons que les causes de cette forme de salpingite sont les suivantes :

1° Les microbes banaux de la vulve et du vagin ;
2° La menstruation ;
3° Exaltation de la virulence des microbes ;
4° Etat de moindre défense de l'organisme.

Et pour accorder à chacune de ces causes leur valeur propre, nous pourrions donner de l'étiologie le schéma suivant :

Microbes banaux de la vulve et du vagin, remontant le long des voies génitales ouvertes par les menstrues et y créant des réactions inflammatoires vives, soit par exaltation de leur virulence, soit que l'organisme soit en état de *minus resistentiæ*.

1° *Microbes.* — Nous avons bien affaire à des microbes vulgaires ; les examens bactériologiques publiés par M. Bégouin, mais surtout l'étude si complète de M. le professeur Enzière, nous en donnent la certitude. Et ce qui nous montre bien la banalité de ces espèces, c'est que tandis que dans une trompe nous avons des staphylocoques, dans l'autre nous avons des diplocoques. L'infection est mixte : mélangés dans le vagin, les microbes ont continué



Pyo-salpinx bilatéral avec Utérus hypertrophié
Opéré par M. le Professeur de Rouville

à l'être dans l'utérus ; la séparation ne s'est faite que dans les trompes, au moment de l'exaltation de leur virulence ; les plus nombreux ont eu l'avantage. M. Bégouin trouve lui aussi des microbes multiples.

Ces microbes ont suivi la voie ascendante, et cela, nous tâcherons de le montrer en étudiant la pathogénie.

2° *Menstrues.* — Nous avons dit que les menstrues agissaient comme une cause prédisposante. Examinons ce qui se passe chez une fille vierge nubile ou impubère.

a) Vierge impubère : Dans ce cas, il est très difficile d'admettre une infection ascendante par la vulve, le vagin, l'utérus. Trop d'obstacles s'opposent, en effet, à l'ascension des microbes. Une première défense est constituée par l'occlusion des grandes et petites lèvres, mais c'est une protection bien faible et les vulvites des petites filles en font foi. Le vagin, par ses sécrétions bactéricides et par le fait qu'il n'est pas déplissé, oppose une barrière plus efficace ; mais c'est surtout l'utérus, avec son bouchon muqueux du col, sa cavité presque virtuelle, qui sera le véritable obstacle aux progrès de l'infection. Et même si une métrite se déclarait, la trompe se défendrait encore par son *ostium uterinum,* par sa lumière peu ou pas perméable, car aucun ovule ne l'a parcouru ; c'est un organe encore endormi.

Aussi ne croyons-nous pas qu'une infection d'origine externe puisse remonter jusqu'à la trompe chez une vierge non nubile. D'ailleurs, les observations que nous publions viennent à l'appui de cette théorie, puisque toutes les vierges dont il est question étaient nubiles.

D'autres infections d'origine sanguine, ou par propagation de proche en proche d'origine interne (appendiculaire

par exemple) pourront très bien atteindre les trompes d'une vierge impubère mais ceci sort du cadre de notre sujet.

b) *Vierge nubile* : Ici, toutes les barrières dont nous avons parlé plus haut sont rompues. Le flux menstruel les ouvre périodiquement. De plus, la congestion de l'arbre génital et la stagnation plus grande des menstrues chez les vierges, contribuent à favoriser la progression du microbe et à en exalter la virulence.

Le raisonnement et les faits que nous publions nous amènent donc à penser que la forme de salpingite d'origine externe ne se rencontrera guère que chez les vierges nubiles.

3° et 4° *Exaltation de la virulence des microbes et état de moindre défense de l'organisme.* — Nous réunissons ces deux conditions dans un même paragraphe à cause des rapports qui les unissent l'une à l'autre. Elle dépendent le plus souvent des mêmes phénomènes et réagissent plus souvent encore l'une sur l'autre.

Elles sont nécessaires, puisque nous avons affaire à un microbe banal, véritable saprophyte, qui vit normalement ou presque dans le vagin. Il s'y développe, s'y habitue, c'est-à-dire qu'il devient réfractaire aux sécrétions bactéricides vaginales, tandis que, de son côté, le vagin s'accommode peu à peu à ce parasite, et ils vivent ainsi sans réaction apparente, sans pertes blanches (observation de M. le professeur de Rouville).

Pour qu'il cause des désordres, il faudra que sa virulence augmente et que, parallèlement, l'organisme soit affaibli. Et de pareilles conditions pourront être réalisées sous les influences habituelles, c'est à-dire : le froid, les

traumatismes, les maladies générales, les déviations utérines; la transformation en cavité close du lieu où vivent les microbes.

Quelle est l'importance de chacune de ces causes ? Nous avouons que nous ne pouvons répondre d'une façon précise, sauf pour une, la dernière. Nous croyons que la transformation en cavité close est très importante pour la constitution d'une inflammation tubaire dans les cas que nous envisageons, et nous le montrerons en étudiant la pathogénie de cette infection. Nous pensons aussi que cette transformation en cavité close est la cause pour laquelle la salpingite chez les vierges telle que nous l'étudions, se manifeste suivant la forme « pyosalpinx », et cela nous le verrons avec l'anatomie pathologique.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Nous avons montré le microbe vivant en parasite dans le vagin ; nous avons dit que ce microbe pouvait remonter le long des voies génitales et arriver aux trompes qu'il envahira à leur tour. Il s'agit d'essayer de le démontrer.

Pour cela, il nous suffit de relire les observations que nous publions. Dans les deux dernières observations de M. Bégouin, — l'observation première a trait à une salpingite d'origine appendiculaire, — les malades avaient des pertes blanches. Cela nous montre que l'utérus avait été d'abord envahi. Il est regrettable que M. Bégouin dans ses observations II et III, ne nous ait pas signalé l'état de l'utérus, mais on peut le considérer comme malade puisqu'il y avait des pertes blanches. Dans l'observation de M. le professeur de Rouville, nous n'avons pas de pertes blanches, mais l'utérus était volumineux, atteint de métrite, ce qui nous indique en quelque sorte le passage du microbe ; nous retrouvons sa trace. C'est ainsi que le microbe gagne les trompes.

En somme, la pathogénie de la forme de salpingite que nous étudions est comparable aux salpingites gonococciques ; mais tandis que, dans le cas du gonocoque, nous avons affaire à un microbe pathogène d'emblée (qui suc-

cessivement détermine vulvite, urétrite, vaginite, métrite et salpingite), dans le cas qui nous intéresse, nous sommes en présence d'un microbe parasite qui vit normalement dans le vagin. La virulence atténuée de ce saprophyte s'exaltant brusquement, le transformera en agent pathogène. Mais cette transformation peut se faire à des moments différents et dans certains cas seulement, quand le microbe est installé dans la trompe.

Tant que ce microbe n'est que parasite, l'organisme et lui vivent sans réaction apparente. L'organisme est habitué à cet hôte, comme le microbe est habitué à l'organisme. Et cela n'est pas fait pour nous étonner. Le colibacille reste dans l'intestin sans inconvénient, dans la gorge c'est le Lœffler, dans les bronches c'est le pneumocoque, etc., etc. Tous ces microbes vivent — sans danger pour nous — dans ces différents organes, jusqu'au jour où une cause quelconque viendra rompre cet équilibre, et la maladie se déclarera. Il en est de même pour les trompes, et nous avons essayé de déterminer quelles étaient, pour ces dernières, les causes qui exaltaient la virulence des microbes restés jusque-là simples saprophytes.

Le peu d'observations que nous avons ne nous a pas permis de le faire, mais nous avons dit que la transformation en cavité close nous paraissait être une des mieux connues, sinon une des principales. Il est fort probable que les déviations utérines doivent avoir une influence assez sérieuse. Mais elles ne sont que rarement signalées dans les observations que nous étudions. Quand elles le sont, on ne peut dire si la déviation est antérieure au pyosalpinx ou si elle est due à la pression d'une poche salpingienne.

Il suffira, en effet, qu'un obstacle quelconque — une déviation utérine, une congestion passagère de l'utérus,

par exemple, — convertissent cet organe en vase clos pour que la virulence des microbes banaux soit immédiatement augmentée. Et alors sera créé un agent pathogène qui, à partir de ce moment-là, évoluera comme le gonocoque, — toute réserve faite d'ailleurs sur les aptitudes du microbe envisagé. Si c'est dans l'utérus que cela se passe, nous aurons des phénomènes de métrite précédant la salpingite. « La malade avait remarqué que depuis plusieurs mois ses pertes avaient pris une couleur brunâtre et une odeur souvent très forte qui la préoccupait. » Voilà ce que dit M. Bégouin de sa troisième malade. La virulence s'est exaltée avant d'atteindre les trompes.

Dans d'autres cas, au contraire, la virulence du microbe est atténuée, même dans les trompes, et ce n'est que si la transformation en vase clos l'exalte que la malade accusera les symptômes d'une salpingite et, pour mieux dire, d'un pyosalpinx (1). L'observation de M. le professeur de Rouville en est un exemple : la malade n'a pas eu de pertes blanches, mais son utérus gros nous montre le passage du microbe.

La pathogénie de cette infection peut donc se résumer de la façon suivante : envahissement graduel de bas en haut des voies génitales par un microbe banal, dont la virulence est exaltée à un temps variable de sa pénétration.

---

(1) Le phénomène qui change le caractère de la virulence des microbes dans ce cas est analogue à ce qui se passe dans la transformation de l'appendice en vase clos. (Cf. Travaux du professeur De Rouville).

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne ferons pas ici une étude complète de l'anatomie pathologique de cette nouvelle forme de salpingite. Et cela parce que nous avons publié, quelques pages plus haut, l'examen qu'a bien voulu faire M. le professeur Bosc. Ce serait se répéter que de faire l'étude histologique du cas qui nous intéresse. C'est pourquoi nous nous bornerons à étudier les pièces au point de vue macroscopique.

Dans toutes les observations que nous signalons, il s'agit de pyosalpinx. Chacun de ces pyosalpinx est bilatéral. Voilà ce qui frappe surtout ; ajoutons qu'il y a peu d'adhérences avec les organes voisins.

D'où vient cette bilatéralité ? Pourquoi avons-nous le plus souvent un pyosalpinx, et enfin peut-on expliquer pourquoi il y a peu d'adhérences avec les organes voisins ?

L'étiologie et la pathogénie nous aident à répondre à toutes ces questions.

La bilatéralité des lésions vient de ce que les microbes suivent la voie vaginale, puis utérine. Ils pullulent dans l'utérus et ils vont aussi bien dans la corne gauche que dans la corne droite, et par suite, ils envahiront simultanément la trompe droite et la trompe gauche. L'origine

externe des microbes explique donc la bilatéralité, et réciproquement, la bilatéralité vient, par sa présence, appuyer la thèse de l'origine externe des microbes.

Pourquoi avons-nous un pyosalpinx ? Ici, nous distinguerons deux cas :

1° *La virulence du microbe ne s'exalte que dans la trompe.* — (Observation de M. le professeur de Rouville). — Il est facile de comprendre que, dans ce cas, nous aurons un pyosalpinx si l'exaltation de la virulence est due à la transformation en cavité close. Nous avons un pyosalpinx d'emblée. Or, pour nous, telle est la cause la plus fréquente de la transformation de notre microbe banal en microbe pathogène

Si cette transformation est due à une autre cause, l'inflammation consécutive de la trompe suffira pour empêcher les sécrétions bactériennes, les produits de desquamation, les globules de pus de s'écouler, et le pyosalpinx sera constitué. Et cette inflammation est d'autant plus naturelle que la trompe n'avait affaire jusque là qu'à des microbes banaux. Mais cela n'est pas obligatoire. Bien que nous n'ayons pas d'observations de salpingite ouverte, il ne nous paraît pas qu'on puisse les nier.

2° *Le microbe est devenu pathogène avant d'arriver à la trompe.* — (Observations II et III de M. Bégouin). — Nous sommes ici en présence d'un cas qui se rapproche de la deuxième partie du cas précédent. Le microbe pathogène arrive dans une trompe saine et y détermine des réactions inflammatoires qui tendent à transformer la trompe en vase clos. Nous ferons ici les mêmes remarques et les mêmes réserves que dans le cas précédent pour les salpingites ouvertes.

Enfin, nous avons signalé le peu d'adhérences : dans aucune des observations publiées nous ne voyons le chi-

rurgien gêné par elles dans son opération. Cela tient, croyons-nous, au microbe, qui tend à épuiser sa virulence en un même point, et à l'organisme, qui arrive facilement à le maintenir. De plus, les opérations sont le plus souvent précoces, car ce pyosalpinx évolue avec bruit ; il n'a pas la marche insidieuse de l'abcès froid, et si nous n'avions peur que les mots ne trahissent notre pensée, nous comparerions cette affection tubaire à un abcès chaud, dont le caractère aigu s'atténuerait rapidement, ainsi que l'indiquent les caractères des liquides examinés par M. le professeur Euzière.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'avons pas la prétention de faire ici une étude complète des symptômes de cette forme de salpingite. Nous pensons qu'il est inutile de reprendre un à un tous les symptômes signalés en commençant par les commémoratifs, en continuant par le palper et en finissant par le toucher.

Notre but est plus simple : nous voulons mettre en lumière les symptômes qui caractérisent cette salpingite, et essayer de montrer dans quel ordre et de quelle façon ils apparaissent.

Nous distinguerons deux aspects cliniques de cette salpingite suivant que les microbes sont devenus virulents avant d'atteindre la trompe, ou bien que cette transformation en microbes pathogènes n'a eu lieu que dans la trompe. Cette division est toute naturelle, étant donnée la pathogénie de la maladie et deux formes cliniques distinctes en sont la conséquence.

1° *Microbes devenus pathogènes avant d'arriver à la trompe.* — Suivant le lieu où se fera l'exaltation de la virulence, nous aurons d'abord des signes de vaginite ou des signes de métrite. (Observations II et III de M. Bégouin). A cause de la réaction de défense des organes contre l'envahissement microbien et contre les toxines sécrétées

par l'agent pathogène, nous aurons des pertes blanches. Dans ce cas, les pertes blanches précèdent l'établissement du microbe dans les trompes. Les métrites des vierges sont très communes, et nous ne les rappelons que pour donner plus de force à notre raisonnement. L'envahissement de la trompe est loin de se produire toujours, mais quand il se produit, la salpingite est immédiatement constituée, puisque nous avons affaire à un microbe virulent et non à un microbe parasite. Rapidement cette salpingite devient un pyosalpinx : nous avons vu déjà sous quelles influences, et nous étudions plus loin ce pyosalpinx au point de vue de sa symptomatologie.

2° *Les microbes deviennent pathogènes seulement dans la trompe.* — Le microbe qui vivait en parasite à la vulve et dans le vagin, remonte le long des voies génitales et s'y conduit toujours en parasite. C'est-à-dire qu'aucune réaction apparente ne permet à la patiente de s'apercevoir du progrès que fait le microbe.

A l'examen des pièces enlevées par l'opérateur, on retrouvera bien des lésions de métrite banale, mais elle ne se traduira pas à l'extérieur par des pertes blanches (observation de M. le professeur de Rouville). Les pertes blanches ne pourront apparaître qu'après l'exaltation de la virulence du microbe. Mais nous savons que souvent, dans ce cas, il y a cavité close et par suite, pyosalpinx d'emblée, d'où absence totale de pertes blanches (observation de M. le professeur de Rouville).

Dès que la cavité close se constitue dans la trompe — que le microbe soit pathogène avant ou après son arrivée dans la trompe — le pyosalpinx se forme, et avec lui éclatent des symptômes assez caractéristiques.

C'est d'abord la brusquerie du début : une malade qui

avait peu ou pas de douleurs, suivant le cas, ressent de violentes douleurs lombaires. Parfois le début, plus violent encore, en impose pour une pelvi-péritonite ou une appendicite, ou un kyste tordu sur son pédicule. Nous sommes loin, et c'est ce que nous voulons faire remarquer, de l'évolution habituelle des salpingites soit par crises aiguës successives, soit par une marche insidieusement progressive. La salpingite que nous décrivons, dès qu'elle est arrivée au pyosalpinx, demande à être opérée.

La malade a un véritable abcès chaud dans ses trompes, et elle ne retrouvera sa santé première que par l'ouverture de l'abcès par la colpotomie (cas de M. le professeur Pozzi), ou encore mieux, par la castration utéro-annexielle.

Telles étaient les remarques que nous tenions à faire au sujet de la symptomatologie de cette salpingite. Quant aux symptômes dont nous n'avons pas parlé, nous ne devons pas cacher qu'ils sont très importants, mais ils sont aussi communs aux autres salpingites, et nous avons pensé que ce serait faire de la besogne inutile que de les recopier sans profit sur cette thèse.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Est-il possible quand la salpingite des vierges, telle que nous venons de la décrire, se déclare, d'en faire le diagnostic d'une façon précise.

A notre avis, ce diagnostic nous paraît très difficile : cependant, nous allons essayer d'en indiquer les principaux éléments.

Il ne faut pas oublier que nous avons affaire à des vierges, donc il faudra d'abord faire le diagnostic de la virginité. Pour cela, le médecin se basera sur les caractères habituels ; il n'y a pas lieu de les décrire ici, c'est en dehors de notre sujet.

Ensuite viendra le diagnostic de l'affection en face de laquelle le médecin se trouve en présence. Nous allons discuter d'abord le diagnostic de cette forme de salpingite d'avec les autres formes de salpingite chez les vierges, puis d'avec les autres inflammations du bassin de la femme, enfin des tumeurs qui peuvent prêter à un malentendu.

1° *Diagnostic entre les différentes salpingites :*

A. *Pyosalpinx tuberculeux.* — La tuberculose pourra être écartée grâce à l'état antérieur du sujet, à ses antécédent héréditaires et personnels. La bilatéralité des

lésions, les phénomènes réactionnels violents — dans certains cas l'étude des pertes blanches —, la marche de la fièvre nous permettront d'éloigner ce diagnostic, d'autant plus qu'un utérus gros nous mettra sur la voie d'une infection d'origine externe.

B. *Colibacillose.* — Cette dernière ne pourra guère être envisagée que si la malade a eu une crise antérieure d'appendicite. Si ce commémoratif manque, nous serons en droit de penser que nous n'avons pas à nous arrêter à cette hypothèse. L'absence de pertes blanches (puisque l'infection vient du milieu intérieur infecté), doit être la règle dans une affection d'origine appendiculaire. Donc, si nous en avons, nous écarterons ce diagnostic. L'utérus gros nous montrera d'où est venu le microbe : parfois c'est lui qui sera un des principaux signes. (Cas où la virulence du microbe n'est exaltée que dans la trompe.)

C. *Gonococcie.* — Le gonocoque sera écarté comme cause de la salpingite que nous étudions grâce aux commémoratifs : absence de vulvite, de vaginite, de métrite. Nous pouvons bien avoir aussi des pertes blanches (observations II et III de M. Bégouin), mais elles ne présentent pas les caractères des pertes d'origine gonococcique. De plus, elles ne s'accompagnent pas des douleurs habituelles de la gonorrhée vaginale, cervicale ou corporéale. Enfin, dans le pus on ne pourra jamais mettre en évidence les gonocoques soit par les colorations, soit par les cultures. Le diagnostic est encore plus facile quand nous avons affaire à une salpingite avec pyosalpinx d'emblée (observation de M. le professeur de Rouville). Ici l'absence de pertes nous fait éliminer facilement le gonocoque.

Diagnostic d'avec les inflammations du bassin

A cause de la vivacité du début de l'infection et de l'importance des réactions inflammatoires, nous avons vu le diagnostic hésiter entre une appendicite, une pelvi-péritonite et une entérite. Cette dernière n'est pas, à proprement parler, une inflammation du bassin, mais son allure clinique et ses causes la rapprochent de ces affections, aussi nous joindrons son étude à celle de ces dernières.

A. *Appendicite.* — En faveur de l'appendicite, plaideront le début plus brusque et plus franc, l'hyperesthésie cutanée, la douleur plus violente au point de Mac Burney, l'arrêt des matières, la fièvre élevée, et l'état général du malade qui est plus mauvais que dans le pyosalpinx que nous étudions. Nous pencherons pour ce dernier si, au contraire, nous trouvons une tumeur bilatérale, un utérus gros avec ou sans pertes blanches, l'absence de douleurs violentes au moindre attouchement dans la fosse iliaque droite. Mais la bilatéralité des lésions que nous avons citée en première ligne, est un des signes qui fixeront le mieux le diagnostic.

B. *Pelvi-péritonite.* — Une pelvi-péritonite ne vient pas sans raison, il faudra faire d'abord le diagnostic causal. Toutes les fois que l'on rencontrera chez une malade des symptômes qui permettent de porter un diagnostic de pelvi-péritonite et que l'on en connaîtra l'origine, on pourra écarter l'idée d'une salpingite. — A moins que cette salpingite ne soit véritablement la cause de cette pelvi-péritonite. On reconnaîtra cette dernière à ses caractères habituels (température élevée, pouls fréquent et petit, ballon

nement du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz, facies péritonéal). Le cortège symptomatique du pyosalpinx est bien moins tragique. De plus, le palper et le toucher, au lieu de ne nous donner que la sensation d'un gâteau d'empâtement, nous révèlera l'existence de lésions bilatérales et facilement délimitables.

C. *Entérite.* — L'entérite se distinguera, elle aussi, par les phénomènes qui l'accompagnent. C'est rarement la première attaque. Les commémoratifs nous mettront sur la voie du diagnostic et le toucher lèvera tous les doutes : il est inutile d'insister.

Cependant, nous tenons à faire remarquer que nous pouvons très bien avoir des phénomènes de pelvi-péritonite et d'entérite concomitants avec ceux du pyosalpinx (observation II de M. Bégouin). Il sera plus délicat alors de faire le diagnostic, car on est tout d'abord frappé par les symptômes péritonéaux et intestinaux. Dans ce cas, le diagnostic comprend trois étapes successives : 1° le diagnostic de pelvi-péritonite ou d'entérite ; 2° diagnostic causal de salpingite ; 3° diagnostic différentiel de la forme de salpingite qui est en cause. Nous avons déjà indiqué les éléments de ces différents diagnostics.

Diagnostic d'avec les tumeurs

C'est un diagnostic assez rare à faire, car il s'agit de vierge, et les tumeurs sont le triste privilège des gens d'un certain âge.

Cependant, il est utile d'en fixer rapidement les bases, étant donné d'abord qu'il peut exister des tumeurs chez les jeunes et que la virginité peut se rencontrer à tout âge, du moins théoriquement.

Les tumeurs qui peuvent faire hésiter le diagnostic et même l'égarer (observation III de M. Bégouin) sont le kyste dermoïde tordu sur son pédicule et le néoplasme de l'ovaire (souvent bilatéral). Un fibrome développé dans le ligament large pourrait aussi induire le médecin en erreur. On les différencie d'un pyosalpinx par les pertes blanches primitives, l'allure inflammatoire des réactions, le bon état antérieur du sujet, la bilatéralité des lésions, l'augmentation du volume de l'utérus par des lésions de métrite, l'absence de ménorrhagies et de métrorrhagies, la dysménorrhée étant au contraire un signe assez fréquent.

La marche du développement de la tumeur qui, si elle apparaît vite, cesse rapidement de s'accroître. Telles sont les diverses raisons qui plaideront en faveur d'une salpingite chez une vierge et le diagnostic se basera sur leur existence pour repousser l'hypothèse d'une tumeur.

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à dire que le diagnostic est loin d'être aussi simple que l'exposé que nous venons de faire pourrait le laisser supposer. Le plus souvent il est très difficile à cause des infections surajoutées. C'est ainsi que dans l'observation II de M. Bégouin, nous avons en même temps un appendice malade. Dès lors, il est bien délicat de se prononcer d'une façon ferme. Nous croyons toutefois, que si l'on y pensait plus souvent, on pourrait porter le diagnostic de pyosalpinx avec plus de certitude. Mais c'était une hypothèse que les médecins écartaient jusqu'ici, puisque l'existence de cette forme était inconnue.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement de cette forme de salpingite ne présente rien de particulier. Il est le même que celui des autres inflammations tubaires. Dès que le pyosalpinx est constitué, il faut en débarrasser la malade. La bilatéralité veut l'ablation totale des poches purulentes par la voie abdominale. Ce fut celle qui fut choisie dans toutes les observations que nous publions. Pozzi parlant d'un cas analogue (in : discussion de la communication de M. Bégouin), dit avoir guéri sa malade par une simple colpotomie. Ce devait être un cas non bilatéral : cas probablement rare nous n'en avons d'ailleurs aucune observation.

De plus, la salpingite ayant été précédée de lésions de métrite, l'hystérectomie, au moins subtotale, paraît indiquée. On est donc, en résumé, amené à faire une ablation utéro-annexielle.

CONCLUSIONS

Nous pensons maintenant pouvoir dire :

1° Qu'il existe une forme de salpingite chez les vierges d'origine externe due à des microbes banaux ;

2° Que ces microbes envahissent progressivement les voies génitales de bas en haut suivant leur lumière ;

3° Que cet envahissement est favorisé par les menstruations ;

4° Qu'il est nécessaire que la virulence de ces microbes banaux soit exaltée ;

5° Que cette exaltation se fait le plus souvent par transformation du canal génital en cavité close ;

6° Que cette salpingite affecte le plus souvent la forme du pyosalpinx ;

7° Qu'elle se caractérise par la brusquerie du début et la bilatéralité des lésions ;

8° Que l'ablation utéro-annexielle est le traitement de choix.

BIBLIOGRAPHIE

Bégouin. — Annales de gynécologie. Congrès de Toulouse, octobre 1910.

Balzer. — Maladies vénériennes.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Rouville (de). — Consultations gynécologiques.

Reymond. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites.

Dentu et Delbet. — Ovaro-salpingites.

Pozzi. — Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie, 1890.

Kaltenbach et Eberth. — Zeitschr. f. geburt und gynec., 1889. Bd. 16, p. 375.

Zweifel. — Arch. für. gyn., 1891. Bd. XXXIX, Heft 3, p. 373.

Riedel. — Archiv. f. clin. chirurg.

Verchère. — Thèse de Paris, 1884.

Derville. — Thèse de Paris, 1887.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 juillet 1911
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !